FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1929-1930

THÈSE

N° 16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Mars 1930, à 17 heures 30

PAR

WACOGNE Ludovic-Alexandre-Emile

Né le 21 Novembre 1905, à Desvres

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RHUMATISME SYPHILITIQUE

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. MINET.

Suffragants : MM. LEGRAND. GERNEZ. NAYRAC.

LILLE

DOURIEZ-BATAILLE

Imprimeur-Editeur

140, rue Nationale

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1929-1930

THÈSE

N° 16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Mars 1930, à 17 heures 30

PAR

WACOGNE Ludovic-Alexandre-Emile

Né le 21 Novembre 1905, à Desvres

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RHUMATISME SYPHILITIQUE

Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la thèse : M. MINET.

Suffragants : MM. LEGRAND. GERNEZ. NAYRAC.

LILLE

DOURIEZ - BATAILLE

Imprimeur-Editeur

140, Rue Nationale

1930

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ✠). — Assesseur : M. E. Gérard (✱ I. ✠).

Clinique médicale	MM. Carrière (O. ✱, I. ✠),	professeur.
	Combemale (O. ✱, I. ✠ M)	id.
Clinique chirurgicale	Gaudier (O. ✱, ⚚, I. ✠),	id.
	Lambret (C. ✱, I. ✠),	id.
Clinique des mal. cutanées et syphilit.	Charmeil (✱, I. ✠),	id.
Clinique obstétricale	Bué (✱, I. ✠),	id.
Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif	Surmont (✱, I. ✠, ✠),	id.
Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires	Potel (✱, ⚚, I. ✠),	id.
Anatomie pathol. et Pathol. générale.	Ingelrans, (I. ✠),	id.
Physiologie	Dubois (I. ✠),	id.
Anatomie	Cordier (A. ✠),	id.
Histologie	Debeyre (O. ✱ ⚚ I. ✠ ✠)	id.
Chimie minérale et Toxicologie	Vallée (✱, I. ✠),	id.
Chimie organique	Polonowski (A. ✠, ⚚),	id.
Matière médicale et Botanique	Fockeu (✱, I. ✠, ⚚, ✠)	id.
Pharmacie et Pharmacologie	Gérard (Ernest) (✱, I. ✠),	id.
Zoologie médicale et pharmaceutique	Desoil (✱, I. ✠),	id.
Accouchements et Hygiène de la première enfance	Paucot (A ✠),	id.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Le Fort (C. ✱, ⚚ I. ✠, O, ✠),	id.
Clinique psychiâtrique.	Raviart (✱, I. ✠),	id.
Clinique médicale infantile	Minet (I. ✠),	id.
Thérapeutique	Doumer Ed. (I. ✠),	id.
Médecine opératoire	Vanverts, (✱ I. ✠),	id.
Hygiène et Bactériologie	Pierret (I. ✠).	id.
Médecine légale	Leclerq (✱ ⚚, I. ✠),	id.
Hydrologie et Crénothérapie	Duhot (I. ✠)	id.

RIJKS UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Professeurs titulaires non pourvus de chaire

MM. Morvillez (A. ✠) ; Combemale P.

Cours complémentaires

Clinique ophtalmologique.	MM. Toulant	chargé du cours
Clinique oto-rhino-laryngologique	M. Debeyre (O, ✱, ⚚, I ✠, ✠)	id.
Chimie analytique	Polonovski (⚚, A ✠),	id.
Physique pharmaceutique	Sonneville (A. ✠),	id.
Parasitologie	Lavier (⚚),	id.
Déontologie	Bertin (✱, I. ✠),	id.
Physique médicale.	Fabre (✱, I. ✠),	id.

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O. ✱, I. ✠), Combemale (O ✱, I. ✠), Charmeil.

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O. ✱, I. ✠), Calmette (C. ✱), Lescœur (I. ✠), Baudry (✱ I. ✠. ✠), Verdun (✠ I.), Debierre, (✱, I. ✠), Doumer (✱, I. ✠), Curtis (✱ I. ✠), Lemoine (✠ I. ✠), Bédart (O. ✱, I. ✠).

Agrégés en exercice :

MM. Gérard M. (⚚ ✱ I. ✠), P. Delannoy (A. ✠), Paquet (⚚, I. ✠), Bertin (✱), Legrand (⚚, ✠ A. ✠), Swynghedauw (⚚, A. ✠), Lavier (⚚ O. A. ✠), Auguste, Gernez, Nayrac.

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de filiale affection et profonde reconnaissance.

A MES GRANDS-PARENTS

A MES DEUX SŒURS

A MA FAMILLE

A MON AMI JULIEN LAMORIL,
Interne des Hôpitaux de Lille

En témoignage de reconnaissance pour le précieux concours qu'il nous a apporté dans nos recherches bibliographiques et dans la rédaction de notre Thèse.

A TOUS MES CAMARADES

A Monsieur le Professeur LANGERON,

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté Libre de Lille

Médecin des Hôpitaux de Lyon

Nous lui devons le sujet de notre Thèse.

Nous le remercions sincèrement du dévouement avec lequel il dirigea notre instruction médicale et des nombreuses preuves d'attachement qu'il nous témoigna personnellement.

A TOUS MES MAITRES

de la Faculté Libre de Lille,

de l'Institution Sainte-Marie, d'Aire-sur-la-Lys

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MINET

Nous lui présentons l'expression de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait d'être notre défenseur à l'occasion de la soutenance de notre Thèse.

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

INTRODUCTION

En suivant l'enseignement clinique de notre Maître, le Professeur Langeron, nous avons eu l'occasion d'examiner à plusieurs reprises quelques cas de rhumatisme subaigu ou déformant d'origine syphilitique et de constater les effets souvent merveilleux du traitement spécifique sur ces formes de la syphilis.

De nombreux auteurs déclarent que le diagnostic différentiel entre le rhumatisme syphilitique et le rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme tuberculeux ou l'arthrite gonococcique est aisé pour qui examine attentivement son malade. Nos recherches ne nous ont pas confirmé cette opinion. Dans les quelques observations que nous avons pu réunir, ce diagnostic n'a souvent été posé fermement que devant l'action véritablement merveilleuse du traitement spécifique établi, soit pour une affection cutanée intercurrente, soit en désespoir de cause, devant l'inefficacité des autres médicaments.

Nous n'avons pas l'intention de faire un travail complet sur cette question ; le nombre de publication déjà parues est tellement vaste, et les idées émises parfois si différentes qu'il est assez difficile à l'heure actuelle de limiter nettement les différentes parties de ce sujet.

Nous nous occuperons seulement des cas typiques de rhumatisme avec douleur, gonflement et impotence fonctionnelle, la température étant variable suivant les cas. Aussi nous laisserons volontairement à l'écart les arthralgies simples du début de la période secondaire. Ces douleurs sans manifestations objectives sont si fréquentes qu'elles rentrent de droit dans les symptômes du début de la période secondaire, au même titre ou à peu près que la rosélole, la céphalée ou l'alopécie.

Le rhumatisme déformant syphilitique rentre dans le cadre de ce sujet, cependant les théories actuelles étant contradictoires, il est difficile de se faire une opinion exacte sur cette question ; c'est pourquoi nous nous bornerons simplement à citer et à commenter quelques observations.

Nous limiterons notre étude au pseudo rhumatisme syphilitique dans ses formes aiguë, subaiguë et chronique, en ne faisant qu'une courte allusion au rhumatisme déformant. Après avoir passé en revue les différents tests qui permettent de soulever le diagnostic de rhumatisme syphilitique, nous étudierons chaque forme clinique dans ses détails et nous ajouterons quelques mots sur le diagnostic différentiel.

Ce travail, nous le répétons, n'a pas la prétention d'être une revue complète de la question, il apporte simplement une contribution personnelle à l'étude du pseudo-rhumatisme syphilitique.

HISTORIQUE

L'histoire du rhumatisme syphilitique est assez complexe. En effet, à part de rares parents communs, le rhumatisme aigu ou subaigu et le rhumatisme chronique ont été étudiés par des auteurs très différents.

L'existence du rhumatisme aigu ou subaigu semble avoir été reconnue dès le début des premières épidémies de syphilis, mais à cette époque on confondait toujours vérole et blennorragie, aussi est-il très difficile de pouvoir affirmer qu'il n'y eut pas de nombreuses erreurs de diagnostic. La confusion avec des arthralgies simples a dû également être très fréquente.

Della Croce (1583) semble avoir été le premier à distinguer les arthralgies du rhumatisme spécifique véritable. En parlant des douleurs de la période secondaire il dit en effet qu'elles atteignent les articulations « et cela de deux façons, soit avec tuméfaction, soit sans lésions apparentes ».

Astruc (1777), Fabre (1777), Swediaur (1801) parlent des douleurs émanant de la syphilis, mais seulement à la période tertiaire.

Il faut arriver à Babington, à la fin du XVIII[e] siècle pour entendre réellement parler de rhumatismatisme syphilitique aigu.

Flamand (1829) rapporte une observation de rhumatisme subaigu chez une femme.

En 1837 Chomel emploie le terme de « Pseudo-Rhumatisants » pour ce genre de malades et cite comme points importants de diagnostic la conservation des mouvements et leur exécution sans douleur appréciable.

Richet (1853) fait un mémoire sur la synovite syphilitique.

Lancereaux présente une étude sérieuse des manifestations de la syphilis secondaire dans un mémoire à la Société de Chirurgie (1863).

C'est à Fournier que nous devons le terme de « Pseudo-rhumatisme » qu'il a longuement étudié dans ses cliniques magistrales.

En 1875 paraissent les thèses de Voisin et Vaffier, mais ce dernier a surtout en vue les arthralgies et donne comme date d'apparition du rhumatisme un à trois mois après le chancre.

On trouve ensuite des observations publiées par Cheminade (1887) et Cayla (1887).

Steinberg en 1898 publie dans sa thèse trois observations inédites avec une bonne étude symptomatologique et diagnostique.

Fournier l'étudie dans le traité de Médecine de Sergent-Babonneix et Ribadeau-Dumas.

Gaillard dans la Gazette des Hôpitaux (1906) publie une observation de rhumatisme aigu.

Pillon (1914) fait sa thèse sur les formes articu-

laires de la syphilis et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses.

L. M. Bonnet (1921) publie une observation de rhumatisme précoce chez un syphilitique et dit que « si les arthralgies secondaires sont fréquentes, les arthrites pseudo-rhumatismales le sont beaucoup moins ».

En 1923, Schlesinger publie une observation de rhumatisme articulaire fébrile et Gilbert, Bénard et Fatou celle d'un rhumatisme subaigu associé à d'autres manifestations articulaires syphilitiques.

Le rhumatisme chronique syphilitique est beaucoup moins âgé que le rhumatisme aigu. En effet il n'a été séparé de la goutte qu'au XIII[e] siècle avec Baillon.

Poncet en 1897 a fait naître le rhumatisme tuberculeux dont la fréquence commence seulement à l'époque actuelle à être battue en brèche par de rares auteurs.

Still en Angleterre (1896) avait publié des observations de rhumatisme chronique chez des enfants avec ganglions et hypertrophie de la rate mais sans rattacher ces différents troubles à la syphilis.

Fournier, Moncorvo, Hery, Hanshalter, Le Fort, Ch. Fouquet signalent le rôle de l'hérédo-syphilis chez les enfants atteints d'hydarthrose, arthralgies, ostéopathies chroniques ou rhumatisme chronique déformant.

Mais ce n'est qu'à la fin du XIX[e] siècle que l'association rhumatisme chronique et syphilis est nettement établie.

Barthélémy, Jacquet, Edmond Fournier, en 1897, incriminent la syphilis comme cause d'arthropathies déformantes diffuses.

En 1901, Edmond Fournier rapporte six cas de rhumatisme chronique déformant rattachables à la syphilis, bientôt suivis d'autres publications.

Les confirmations commencent à devenir énergiques en 1921 avec Merklen, de Strasbourg.

Plautier (1905) publia une observation intitulée « Rhumatisme chronique et syphilis ».

Mais c'est Dufour, dans ses publications de 1915 à 1924 qui peut être considéré comme le père véritable du rhumatisme chronique déformant.

Sous son impulsion on voit dans ces quelques années un nombre important d'observations paraître dans toutes les revues médicales.

Mme Geismar (1922) sur son inspiration, fait sa thèse sur le rhumatisme chronique déformant syphilitique.

Pierre Vallery-Radot et P. Aris publient une observation dont l'hérédité syphilitique ne peut être niée.

Flandin, Harvier et Decourt (1923) présentent des observations à la société médicale des Hôpitaux de Paris.

Depuis 1924 les idées de Dufour ont été interprétées de façons très diverses. Il nous a été impossible de lire toutes les observations publiées car un grand nombre sont parues depuis et la plupart dans des revues étrangères.

DEFINITION

Le terme rhumatisme est assez imprécis par lui-même. Il comprend souvent des manifestations d'ordre extraarticulaire telles que sciatiques, douleurs vagues sans phénomènes objectifs, ostéo-arthrites, etc..., mais l'usage lui a consacré droit de cité. Il n'est donc pas inutile de définir le sujet de notre travail.

Nous entendrons donc par rhumatisme syphilitique une atteinte douloureuse de plusieurs ou d'un grand nombre d'articulations, atteinte concomitante ou successive, s'accompagnant de réaction périsynoviale ou synoviale légère, due à la syphilis.

TESTS CLINIQUES ET SEROLOGIQUES

Les arguments invoqués pour prouver la nature syphilitique des poussées rhumatismales aiguës, subaiguës ou chroniques sont souvent douteux et de valeur bien faible si on les prend isolément, mais associés, ils peuvent avoir une réelle valeur diagnostique.

Il est de fait qu'un Wassermann positif chez un rhumatisant ne saurait prouver incontestablement la nature spécifique de ce rhumatisme. Les syphilitiques ne sont pas à l'abri de maladies intercurrentes. En présence donc d'un rhumatisme dont on soupçonne l'origine spécifique il est nécessaire d'éliminer très soigneusement les autres étiologies possibles. Malheureusement pour ces malades cette élimination ne peut souvent se faire que devant l'échec des médications propres à chaque manifestation. C'est une maladie de Bouilland à forme subaiguë qui ne cède ni au salicylate de soude ni à l'antipyrine, ni au pyramidon ; c'est un rhumatisme blennorragique contre lequel le sérum antigonococcique se révèle complètement inefficace. Ce n'est qu'après de nombreux essais devant l'état stationnaire de la maladie que l'on pense seulement

au rhumatisme syphilitique : et le succès rapide du traitement spécifique en fait seul la preuve.

Dans le cas de rhumatisme comme dans toute maladie, il faut penser à la syphilis. Ce n'est bien souvent que par un examen très approfondi que l'on arrive à la dépister. L'essentiel est d'y songer et de ne pas se contenter du « tempérament arthritique » qui n'est qu'un mot dont la valeur décroît chaque jour.

Une enquête serrée sur les **antécédents héréditaires ou collatéraux du malade** met souvent sur le bon chemin et révèle une syphilis héréditaire parfois de deuxième génération jusque là complètement inaperçue. Les antécédents **personnels** du malade sont souvent aussi une source de profits. La fréquence des avortements est classique chez les syphilitiques : La notion d'un chancre ou d'une roséole sont des tests très importants si les malades consentent à les avouer.

Enfin, par un examen clinique très approfondi, il faudra rechercher les **symptômes** de la série secondaire ou tertiaire acquise ou héréditaire tardive. On trouvera des lésions nerveuses frustres : de la céphalée, une réaction méningée légère, du tabes incipiens parfois très difficile à affirmer ou encore des signes de syphilis cérébrale.

Les lésions oculo-pupillaires paraissent très fréquentes et dans deux de nos observations c'est la présence d'une iritis qui a fait rattacher le rhumatisme à sa véritable cause.

Bien souvent en auscultant le cœur on trouvera un claquement du second bruit avec hypertension artérielle signant une aortite qui chez des sujets jeunes amène automatiquement l'hypothèse syphilis.

Le malade présentera des lésions cutanées stigmatisant son affection: syphilides, gommes, vitiligo. La roséole est rare en période rhumatismale mais peut avoir été constatée peu de temps auparavant dans les cas aigus ou subaigus.

Quelques cas pourront être réliés à une insuffisance uni ou pluri glandulaire dont les plus fréquents sont l'insuffisance thyroïdienne et ovarienne. Nous nous rangeons pour cette question très discutée à l'opinion de Weissenbach et Françon qui admettent l'origine infectieuse ou toxique de ces insuffisances et leur donnent donc une influence pathogénique mais non étiologique.

Dans la **syphilis héréditaire** on constatera de nombreux troubles trophiques des os et des dents.

Le rachitisme précoce rattaché à la syphilis par Marfan nous permet de considérer en faveur de la spécificité les déformations du nez, du front des oreilles ou des tibias. Dans leur observation, Gilbert, Benard et Fatou insistent sur l'écartement des incisives médianes inférieures et leur taille minuscule. Les dents d'Hutchinson et les tubercules de Carabelli sont souvent des signes très importants.

On admet que le spirochète qui cause du rhumatisme est un parasite à virulence très atténuée, ou

d'une espèce spéciale à tropisme articulaire, il ne faudra donc pas s'étonner si parfois malgré un examen très minutieux on ne trouve rien en faveur de la syphilis ; l'épreuve du traitement ou la sérologie restent alors les seules preuves de la nature spécifique d'un rhumatisme.

Les **réactions sérologiques** : Wassermann, Hecht, Meinicke, seront également très utiles, mais il ne faut pas leur attribuer une valeur absolue. Elles peuvent être **négatives**, et dans ce cas ne prouvent pas la nature banale des lésions ; il en est ainsi dans 20 % des syphilis tertiaires, pouvant même aller jusque 40 % à une période très avancée. Nous citons une observation (Langeron et Galliegue : Lyon Médical, 1930) où la malade atteinte de tabes et de rhumatisme ayant cédé rapidement au traitement antisyphilitique présente un Wassermann négatif à plusieurs reprises. Dans la syphilis héréditaire, on peut trouver 60 % et même 80 % de Wassermann négatifs. Dans le liquide céphalo-rachidien les résultats positifs sont certainement plus nombreux, mais outre qu'il n'est jamais agréable pour le malade de subir une ponction lombaire, les résultats ne sont pas suffisamment probants pour faire systématiquement cette recherche chez un rhumatisant suspect de syphilis.

Les **résultats positifs** (en dehors des cas d'erreur classiques : ictère, paludisme, fièvre, lèpre, trypanosomiase pellagre) prouvent au moins de façon indiscutable la nature syphilitique du terrain. Il est

permis dans ce cas de soupçonner la nature identique de l'affection intercurrente, mais il faut attendre une preuve plus décisive avant de se prononcer.

Le Wassermann positif dans le **liquide d'Hydarthrose** est plus probant. Il faut lui accorder une réelle valeur diagnostique et il pose directement l'établissement d'un traitement spécifique.

Mais le seul argument démonstratif est l'efficacité du **traitement**. Dans de nombreuses observations, son action est véritablement miraculeuse ; quelques jours, une semaine au plus suffisent souvent, dans les cas aigus, à ramener à la normale des articulations tuméfiées et très douloureuses.

Le fait remarquable de cette action c'est l'indifférence du produit à employer. Arsenic sous forme de 914 ou acetylarsan, mercure, bismuth ou iodure de potassium ont une valeur thérapeutique à peu près indentique. Le 914 a toutefois amené dans un cas une telle exagération des symptômes locaux qu'il a été impossible de le continuer. Le mercure administré ensuite a fait la preuve de ce rhumatisme syphilitique. Il est probable qu'il s'est produit un phénomène d'Herxheimer articulaire comme le fait se présente parfois dans d'autres manifestations syphilitiques.

Il faut cependant, comme dans toute loi courante, faire quelques réserves. Il n'est pas impossible que le traitement antisyphilitique soit efficace sur certaines arthropathies d'origine différente. On a signalé des cas de rhumatisme gonococcique gué

ris par le sulfarsenol. L'iode employée dans tous les rhumatismes chroniques peut être considérée comme un médicament acessoire dans la lutte contre le spirochète. Mais il est des cas où le rhumatisme cède si rapidement à l'iodure que son action thérapeutique doit être mise sur son action anti-parasitaire.

On ne peut cependant demander l'impossible au traitement. Dans le rhumatisme chronique déformant notamment il existe des lésions constituées : osteophytes, subluxations que nul traitement ne saurait améliorer. Si son action se borne simplement à arrêter ou à ralentir l'évolution des déformations le fait est déjà assez important pour qu'il soit intéressant de rechercher l'origine syphilitique chaque fois qu'il est possible. Malheureusement même dans les cas où la nature syphilitique du terrain est certaine l'action thérapeutique des produits antisyphilitiques est souvent nulle. C'est un argument que les adversaires de M. Dufour pourront toujours lui opposer.

L'action du traitement est notamment efficace, comme dans les aortites sur le symptôme douleur. C'est d'ailleurs ce qui amène souvent le malade à consulter. Les autres médicaments font parfois disparaître les phénomènes objectifs mais le seul traitement spécifique améliore la douleur dans le rhumatisme syphilitique.

Malgré ces arguments, dans les cas où le traitement spécifique est institué en désespoir de cause et se montre efficace contre toute attente, il ne faut pas s'empresser de conclure à l'étiologie syphilitique de la maladie. Cette hypothèse peut aller contre toutes les notions cliniques ou sérologiques constatées. Il existe ainsi en médecine des syndromes que nous ne pouvons encore rattacher à leur véritable cause.

RHUMATISME AIGU

Le rhumatisme aigu survient surtout à la période secondaire de la syphilis. Il est souvent assez proche du début du chancre et il faut avoir grand soin de le distinguer des arthralgies simples. En consultant la thèse de Vaffier (1875) intitulée « Pseudo rhumatisme syphilitique » nous avons vu que cet auteur lui donne comme date ultime d'apparition trois mois après le chancre. Cette opinion nous incline à penser qu'il s'agit plutôt dans ces cas des arthralgies simples que nous avons éliminées au début de notre sujet.

Il existe cependant des rhumatismes syphilitiques apparaissant très rapidement. L. M. Bonnet, de Lyon, insiste à juste titre sur cette précocité dans l'observation qu'il présenta au Journal Lyon Médical (1921), mais en faisant remarquer la rareté du fait.

Le rhumatisme est **polyarticulaire** mais reste cependant **pauci articulaire**, frappant de préférence les grosses articulations qui ont le plus de fatigue. On note par ordre de fréquence : les genoux, les chevilles, les poignets, les épaules (Fouquet). Les petites articulations: metacarpophalangienne, sternoclaviculaire, dont l'atteinte est presque constante dans la maladie de Bouillaud sont parfois aussi at-

taquées, mais de façon exceptionnelle. Les **bourses séreuses** du voisinage (extenseurs de la jambe, du poignet) participent souvent au procesus rhumatismal. Le caractère particulier de ces lésions consiste en leur **bilatéralité** signalée par tous les auteurs. Ce signe a pu à lui seul orienter parfois le diagnostic.

La **douleur** constitue le symptôme aux caractères les plus importants. Au début ce n'est qu'une simple gêne augmentant progressivement. Elle est spontanée sans être exagérée par les mouvements actif ou passifs. C'est une sensation de tension articulaire douloureuse, mais son intensité n'atteint jamais l'acuité du rhumatisme articulaire aigu et ne présente pas, en particulier, les élancements intenses et caractéristiques de cette maladie. Tous les auteurs insistent sur l'exagération nocturne de ces douleurs ; mais on voit aussi des observations de Maladie de Bouilland où l'on constate la même exacerbation nocturne des douleurs. D'autre part le silence, l'obscurité favorisent peut-être la perception plus vive de tous les phénomènes subjectifs. Aussi sans vouloir nier la valeur du caractère nocturne de ces douleurs aurions-nous tendance à leur attribuer une valeur secondaire dans les symptômes du rhumatisme syphilitique.

Avec la douleur apparaissent les **phénomènes généraux**. La température n'est cependant jamais très élevée : 38°-38°5 parfois 39°5 avec une courbe irrégulière et fantaisiste. On observe du malaise général, de la courbature, de l'inappétence et sou-

vent de l'insomnie, traduisant un état infectieux de l'organisme à caractère subaigu.

Les signes physiques apparaissent ensuite.

La fluxion articulaire n'est pas très prononcée. Elle est due à une tuméfaction périarticulaire allant parfois jusqu'aux caractères de l'œdème ; il revient aussi une part à la réaction synoviale et un léger degré d'épanchement articulaire peut être considéré comme constant. Elle ne va jamais jusqu'à simuler l'hydarthrose vraie ou la pseudo tumeur blanche syphilitique ; « elle se fluxionne plutôt qu'elle ne setuméfie » (Fournier).

La radiographie montre toujours l'intégrité des os et de l'interligne articulaire. On note parfois un léger degré de décalcification des épiphyses.

La **douleur à la pression** siège principalement au niveau de l'insertion des ligaments, parfois sur l'interligne articulaire ou au niveau des bourses séreuses voisines enflammées où siège un léger épanchement. Mais on est frappé de la facilité avec laquelle on peut faire l'exploration de l'articulation (Fouquet). Les mouvements passifs surtout sont souvent possibles jusqu'à leur extrême limite sans réaction spécialement douloureuse.

La **peau** est souvent le siège d'une élévation de température locale, à la vérité peu accentuée. Elle est parfois rouge, violacée pouvant aller jusqu'à une apparence phlegmonneuse. Ce caractère se présente avec une plus grande fréquence dans les cas de rhumatisme aigu.

Ce rhumatisme a peu de tendance à la migration.

On le voit envahir plusieurs articulations et y rester cantonné ou y revenir après une période de calme. A part l'observation de Bonnet qui est une exception, on ne le voit jamais subir les grandes variations subites de la maladie de Bouillaud.

Il n'existe jamais de complications cardiaques, siégeant sur le myocarde, les valvules ou le péricarde. On trouve assez fréquemment un **claquement du second bruit** qui est expliqué par une hypertension artérielle mais ce fait signe l'origine syphilitique du rhumatisme et lui est toujours antérieur.

En dehors des articulations la peau est parfois le siège de crises sudorales abondantes (Fournier). Cependant Roger Vidal, Teissier, dans leur traité de Médecine, leur attribuent un caractère beaucoup moins constant que dans le rhumatisme articulaire aigu.

Les urines sont normales sans albumine ni sucre.

Le Wassermann est souvent positif avec les restrictions que nous avons faites dans le premier chapitre.

Son évolution est généralement courte après l'institution du traitement. En dix à quinze jours tous les phénomènes ont disparu. Cette guérison rapide nous le fait distinguer du rhumatisme subaigu dont la guérison est souvent beaucoup plus longue à obtenir.

Enfin, le grand symptôme est l'efficacité du traitement syphilitique. Tous les autres s'effacent bien souvent devant lui et ne forment qu'un maigre apport en faveur du diagnostic étiologique.

RHUMATISME SUBAIGU

La forme subaiguë du rhumatisme syphilitique se superpose à peu de chose près à celle du rhumatisme aigu.

La plus grande différence entre les deux formes réside dans leur durée. La forme aiguë traitée par les médicaments antisyphilitiques guérit en quinze jours ou trois semaines environ. La forme subaiguë est plus rebelle au traitement. Il faut souvent un mois et parfois même plusieurs pour venir à bout de tous les symptômes, surtout de la douleur.

Les symptômes eux-mêmes sont souvent moins accusés. Le nombre d'articulations atteintes est moindre. Deux, trois groupes symétriques d'articles sont atteints et le processus a une tendance plus grande à la fixité.

La douleur, phénomène subjectif qu'il est difficile d'apprécier, semble un peu moins accentuée. Le gonflement reste identique mais on observe moins fréquemment les phénomènes inflammatoires aigus de la peau que dans le rhumatisme aigu. La température reste souvent aux environs de 37°5 à 38°.

La distinction des deux formes reste donc une question de nuances et dans de nombreux traités

on n'en fait aucune entre l'une et l'autre. Tout est compris sous le titre « Rhumatisme subaigu », pour bien montrer l'individualité clinique du rhumatisme syphilitique par opposition au rhumatisme articulaire aigu dans l'appellation duquel il n'est pas fait mention de l'agent causal.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

LANGERON. — *Journal de Méd. et de Chirurg. pratiques.* 10 Août 1929.

Clémence C..., 49 ans, entre le 23 février à l'hôpital de la Charité, à Lille, pour gêne du bras gauche.

Pas d'antécédents héréditaires.

Personnellement on note un rhumatisme il y a dix ans qui a duré trois mois et s'est localisé surtout aux membres inférieurs. Dilatation gastrique il y a six ans.

Elle a commencé à souffrir du bras le 18 février dernier: Douleurs très vives à l'épaule rendant les mouvements de l'articulation très pénibles. Le coude se prend ensuite puis le poignet et les doigts. Le bras droit est atteint plus légèrement.

Le cœur et les poumons sont normaux.

Les réflexes tendineux rotuliens et achilléens sont abolis. Le signe de Romberg est positif. Il existe de l'inégalité pupillaire et de l'Argyll.

Tension artérielle : 15-7.

Température : 38-38°5.

Il s'agit donc de rhumatisme subaigu sans craquements avec tabes.

Le 10 mars : Persistance des phénomènes articulaires, douleur, gonflement, malgré le salicylate (4 gr.) depuis quinze jours. La température reste la même.

On a fait deux Wassermann qui ont été négatifs ainsi que le Hecht. Les signes de Tabes sont cependant nets. (Il a été publié un article par MM. Langeron et Galliegue à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 21 mai 1929, sur cette négativité sérologique).

Le malade refusant les piqures on donnera de l'iodure de Potassium et du protoiodure de Mercure par la bouche.

Le 23 mars, au bout de quatre jours d'iodure de Potassium 3 gr.) et de protoiodure de Mercure (0,03) la malade peut s'habiller elle-même.

Localement les phénomènes inflammatoires ont disparu.

Le 1er janvier 1930, la malade revient dans le service pour symptômes digestifs. Les signes de tabes sont inchangés. Les phénomènes rhumatismaux ne sont pas reapparus.

OBSERVATION II

LANGERON, 1927. — H[1] 1925. *Journ. de Méd. et de Chirurgie pratiques.* 10 Août 1929.

Henri F...., 53 ans, entre à l'hôpital le 6 juillet 1927, pour douleurs articulaires.

Il a eu la syphilis et une blennorragie à 17 ans. Il est ethylique.

L'affection qui l'amène a débuté il y a onze mois par des douleurs au niveau du gros orteil du pied gauche, au cou-de-pied du même côté, à l'épaule et au poignet droit et aux articulations sternoclaviculaires. Parmi toutes ces articulations, seul le cou-de-pied avait été très atteint, gros, empâté, très douloureux spontanément, à la pression et aux mouvements provoqués. Il a déjà été soigné six fois pour des poussées aiguës par le 914 avec amélioration très rapide. Venu dans le service le 15 décembre 1926, pour une septième poussée, on avait surtout noté l'atteinte du cou-de-pied et on avait fait un traitement par le vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur qui avait amené une guérison rapide des phénomènes inflammatoires, mais les douleurs étaient restées.

Actuellement on note une tuméfaction des deux cous-de-pied et du poignet droit. Tous les mouvements sont possibles, mais limités par la douleur. Douleur à la pression de tous les orteils droits. Douleur à l'abduction et la flexion de

la coxo-fémorale droite. Le poignet droit est empâté et tous ses mouvements sont limités par la douleur. Aux épaules, douleur à la pression et à la mobilisation, avec craquements à droite.

A noter que depuis 17 ans, il n'y a aucun écoulement par la verge.

Au cœur : second bruit claqué. Tension : 20/9.

Inégalité pupillaire.

Le malade a subi sans succès un traitement par le salicylate et le souffre colloïdal.

L'origine gonococcique de ce rhumatisme n'étant pas prouvée, on fera un traitement par le 9/4.

26 Juillet : La première injection de neo (0,15) avait déterminé une amélioration sensible, mais la seconde détermina une recrudescence des phénomènes douloureux.

Dans l'hypothèse d'une réaction type Herxheimer, on fera un traitement mercuriel léger et on recommencera le neo à petites doses.

Le 8 Septembre : Le malade a été amélioré nettement par un traitement mercuriel discontinu à cause d'une gingivité, mais n'a jamais pu supporter le 914 qui à la dose de 0,30 donnait du malaise général, de la diarrhée et des douleurs.

Le 20 Septembre : On recommence une série de cyanure, le malade étant très amélioré.

Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION III

Langeron, 1928. — H² 56. *Journ. de Méd. et de Chirurg. Pratiques.* 10 Août 1929.

Edmond B.., 42 ans, vient à l'Hôpital de la Charité, à Lille, le 10 avril 1928, pour douleurs dans les articulations.

A l'âge de 6 ans, on note une chorée précédée de phénomènes paralytiques et ayant duré jusque 11 ans. Vers l'âge de 20 ans, le malade a présenté des crises d'épilepsie typiques guéries spontanément.

L'affection actuelle a débuté il y a trois semaines par un état infectieux vague avec température 39-40 ayant cédé à quelques jours de repos. Il y a quinze jours après une reprise de la température à 39° sont apparues des douleurs articulaires ayant débuté aux épaules et gagné ensuite les coudes, les poignets, puis la hanche droite et le genou droit, enfin les articulations du membre inférieur gauche. Actuellement les douleurs persistent mais sont atténuées.

La température est de 38°.

Les articulations sont tuméfiées, très douloureuses, mais ne sont pas rouges.

Le reste de l'examen est négatif, notamment au cœur.

On donne du salicylate, de l'aspirine, et de l'opothérapie thyroïdienne.

Le 30 avril : Les douleurs ne sont pas atténuées par le traitement. Malgré un Wassermann négatif, étant donnés les antécédents du malade (chorée et épilepsie guéries spontanément), d'autre part à cause de l'étrangeté de ce rhumatisme apparu pour la première fois à 41 ans, on institue un traitement spécifique par le novar.

Le 3 mai 1927 : Le traitement spécifique a coïncidé avec une amélioration manifeste des douleurs rhumatismales. Température en baisse.

Le 18 Mai : Le malade a reçu quatre injections de Novar (2 gr. 10) et une injection de Quinby. Les douleurs ont complètement disparu, mais le malade présente du prurit très gênant qui fait suspendre le traitement.

Le 22 Mai : Le prurit disparaît spontanément. Le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION IV

Voisin (Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. *Th. de Paris*, 1875).

R..., 29 ans, serrurier, entre le 26 décembre 1873 dans le service de M. Oulmont.

Sa mère est rhumatisante. Il a présenté un chancre induré deux ans auparavant.

Le 27 décembre : L'articulation tibio-tarsienne droite est gonflée, rouge et douloureuse. La rougeur s'étend sur tout le pied et trois doigts au-dessus de l'articulation. La peau est très tendue, il existe même un peu d'œdème mais pas de fluctuation. Les extrémités osseuses ne sont pas douloureuses mais les mouvements provoqués un peu douloureux. Il existe des douleurs spontanéees, plus accentuées la nuit. La température locale est un peu plus élevée, mais il n'existe pas de phénomènes généraux.

Le malade attribue son rhumatisme à la fatigue.

Il y a trois mois il a présenté quelques douleurs dans le genou gauche avec gonflement mais sans rougeur. Il reste actuellement un peu de soulèvement rotulien et des tissus articulaires moins souples.

Le malade porte en plus un sarcocèle : testicule gauche tuméfié formant une seule masse avec l'epididyme, douloureux, pesant et le siège d'élancements, survenu il y a un mois environ.

Traces de syphilides ulcéreuses autour du front et au coin externe de l'œil gauche. Plaques muqueuses sur la conjonctive gauche.

Actuellement pas de céphalée mais elle a existé il y a trois mois avec les douleurs du genou.

Traitement : 6 cgr. de HgI^2 et 2 gr. KI par jour.

Le 28 Décembre : Le pied est moins gonflé, presque plus d'œdème, il reste surtout de la tension de la peau. La rougeur est la même. Très peu de douleur, pression et mouvements provoqués presque insensibles.

Le 30 Décembre: Rougeur notablement diminuée. On note de la fluctuation de la gaine des péroniers. Encore un peu de douleur à la pression. Plus rien aux mouvements provoqués.

Le 9 janvier 1876 : Plus rien aux articulations sauf quelques craquements au genou.

Le 3 Février : Le malade est sorti complètement guéri.

OBSERVATION V

Bonnet (L. M.). Pseudo Rhumatisme syphilitique précoce simulant un Rhumatisme blennorragique. *Lyon Médical*, 1921, p. 599.

Marcelle Jeanne F..., 17 ans, est entrée à l'hôpital le 6 janvier 1921 pour vaginite blennorragique et bartholinite gauche. Quelques jours après son entrée poussée de salpingite avec T à 40°.

Aucun antécédent pathologique vénérien ou autre.

Le 20 janvier on note que depuis quelques jours la malade a du rhumatisme des épaules et des articulations sterno-claviculaires ; douleurs très vives, mais pas de gonflement ; température entre 38 et 38,5. On fait le diagnostic de rhumatisme blennorragique et on donne du salicylate (6 gr. puis 4 gr.) et l'amélioration est rapide mais courte.

Le 29, réapparition des douleurs au niveau des genoux et des articulations sterno-claviculaires ; ces dernières présentent un gonflement net.

Le salicylate n'ayant plus d'action on fait du sérum antigonococcique. Première injection de 15 cc. le 1er février; le 3 on note une légère amélioration, mais le 5 une légère recrudescence, deuxième injection de sérum ce jour là.

Le 11 : cous-de-pied et sternoclaviculaires vont bien mieux mais il apparaît de l'arthrite temporo-maxillaire gauche. Eruption serique.

Le 18 : la temporo-maxillaire est très douloureuse et il y a une tuméfaction très notable ; douleurs dans les articulations de la colonne cervicale : salicylate. Le 19 : persistance de ces phénomènes qui ont même augmenté. On fait une troisième injection de serum (20 cc.) ; 4e injection (20 cc.) le 22.

Le 23 : la temporo-maxillaire gauche va mieux, est moins tuméfiée mais la temporo-maxillaire droite se prend à son tour (douleur et gonflement) et les douleurs réapparaissent dans l'épaule gauche. La température oscille toujours atteignant un jour 39°.

Donc nous admettons toujours qu'il s'agit de rhumatisme blennorragique et que le serum a eu une certaine action mais bien incomplète.

Mais le 25 janvier on note une roséole et deux toutes petites plaques muqueuses érosives sur la grande lèvre.

On fait le lendemain une première injection de Novar et le traitement est continué depuis. Or la 1re injection de Neo a suffi à guérir complètement le rhumatisme dont la nature syphilitique apparaît donc certaine.

OBSERVATION VI

GAILLARD. Le Pseudo Rhumatisme syphilitique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1906.

L..., 25 ans, peintre en bâtiments, n'a jamais eu de colique de plomb, mais à 16 ans, il a contracté une blennorragie qui a duré deux mois. A 23 ans, rhumatisme polyarticulaire aigu, non blennorragique, nécessitant un séjour de deux mois et demi à Lariboisière ; on a parlé d'endocardite. Il y a quatre mois nouvelle blennorragie sans rhumatisme articulaire.

Il y a six semaines le malade a vu survenir un chancre induré du prepuce.

C'est pour un rhumatisme polyarticulaire qu'il demande le 2 avril 1903 son admission dans mon service. Le début de ce rhumatisme remonte à quinze jours.

Actuellement la tuméfaction douloureuse s'observe aux articulations tibio-tarsiennes et tibio-métatarsiennes, aux genoux droit et gauche. Le genou gauche est le siège d'une hydarthrose parfaitement caractérisée. Température rectale : 39°1. Langue suburrale, soif vive, céphalalgie violente. Les bruits du cœur sont sourds mais il n'y a pas de souffle. Rien dans les plèvres.

Pas d'albumine.

Traitement : antipyrine 1 gr. Salicylate de Méthyle sur les jointures.

3 Avril : 37°6. En examinant le tegument externe je constate une roséole manifeste au tronc et aux membres. Syphilides papuleuses au front et au cou. Ulcération du sillon balano preputial. Pas d'ulcération dans la bouche ni la gorge. Les ganglions inguinaux sont tuméfiés non douloureux.

Donc la syphilis n'est pas douteuse. Je prescris une injection intramusculaire quotidienne de Benzoate de mercure à la dose de 2 cgr. On continuera l'usage du salicylate de Methyle mais on n'administrera plus ni antipyrine ni préparation salicylée.

Le soir : 39°5.

4 avril : 37°9. Pas de changement au point de vue des articulations ; même immobilité des membres inférieurs. Mais l'état général est moins mauvais. Les bruits du cœur sont à peu près normaux.

Le soir : 37°7.

5 Avril : 37°3 et 37°7. Amélioration de l'état des jointures. Les douleurs sont beaucoup moins vives ; l'hydarthrose du genou gauche s'atténue. Disparition de la cephalalgie.

6 Avril : 37°3 et 37°5. L'amélioration continue.

7 Avril : 37°5. Les douleurs ont complètement disparu ; les jointures ont repris leur aspect normal.

Le malade se lève et marche sans difficulté.

OBSERVATION VII

Pillon. Les formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses. *Thèse de Lyon*, 1914.

Joséphine P..., 26 ans, entre à la clinique le 17 janvier 1914 pour douleurs dans les membres inférieurs.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Personnellement : variole à 3 ans, syphilis à 17 ans, soignée très irrégulièrement. Tousse un peu depuis quatre ans; pas d'hémoptysies. Ethylisme.

L'affection actuelle a débuté il y a quinze jours par des douleurs dans les jambes et au niveau des cous-de-pied et

des genoux; trois jours après apparurent des plaques indurées de siège variable.

A l'entrée, douleurs dans les genoux et les cous-de-pied. Erythème polymorphe : placards de la largeur d'une main, rouges, presque ecchymotiques sur la jambe droite ; nodules typiques d'érythème noueux sur la jambe et la cuisse des deux côtés et au niveau du coude et du poignet droit.

Rien aux autres appareils.

Céphalée assez violente.

Température : 39°2.

Bordet Wassermann positif. Sero diagnostic tuberculeux négatif.

La malade est traitée par l'iodure (3 gr. par jour) et l'aspirine (1 gr. 50).

La céphalée, les douleurs et les nodosités disparaissent en quelques jours. La température tombe à la normale au quatrième jour.

Le 27 janvier : La malade peut être considérée comme complètement guérie.

OBSERVATION VIII

STEINBERG. Du pseudo rhumatisme syphilitique. *Thèse de Paries*, 1898.

Armand C..., 33 ans, est soigné pour chancre de l'amygdale transformé en plaque-muqueuse, par le protoiodure de mercure (0,15 par jour) depuis le 26 novembre 1897.

Le 4 décembre apparaît une « tuméfaction douloureuse » des deux poignets ainsi que de l'articulation tibio-tarsienne droite, sans rougeur. Il y a de même une tuméfaction blanche de l'avant-bras droit. En outre érythème diffus à la face interne du genou droit sans douleur ni chaleur. Ces phénomènes ont été annoncés par un accès de fièvre la veille à 38°5.

Pas d'albumine dans les urines.

On continue le traitement mercuriel et on fait des enveloppements imbibés d'huile chloroformée.

Le 6 décembre : L'œdème et l'endolorissement des jointures désignées persiste. Le malade est condamné au lit. Apyrexie.

Le 8 Décembre : La tuméfaction a diminué surtout aux poignets et aux mains ; l'érythème du genou a presque disparu. L'ulcération de l'amygdale est à peine visible.

Le 10 décembre : encore un peu d'œdème du pied droit.

Depuis ce jour : amélioration progressive ; le malade se lève et quitte le service le 24 décembre. Il continuera son traitement.

Revu le 1er février 1928, il n'existe plus rien aux articulations.

OBSERVATION IX

STEINBERG. Du Pseudo Rhumatisme syphilitique. *Thèse de Paris*, 1898.

Berthe O..., 35 ans, entre à l'hôpital le 17 mai 1898 en pleine éruption de roséole, datant de six semaines. Ulcération de l'amydale gauche. Douleurs de moyenne intensité dans les deux genoux. Ces articulations montrent seulement un léger gonflement des tissus, sans rougeur ni hydarthrose. Les mouvements provoqués sont douloureux mais non impossibles.

Traitement : Liqueur de Van Swieten deux cuillerées à soupe ; injections de sublimé. Bain sulfureux. Gargarisme au chlorate de potasse.

25 Mai : Les douleurs articulaires des genoux sont plus vives, les articulations ne sont pas déformées, pas d'épanchement ; les mouvements sont douloureux, la flexion est presque impossible, pas de craquements. Rien dans les autres articulations. Les douleurs sont plus vives la nuit que le jour.

Traitement : le même avec des enveloppements ouatés des genoux et onctions au salicylate de méthyle.

27 Mai : les douleurs des genoux ont presque disparu, persistent seulement la nuit mais très atténuées. Nouvelle pous-

sée douloureuse dans le poignet droit, gonflement, rougeur. La douleur rend les mouvements impossibles, pas d'épanchement. Le gonflement et la rougeur remontent jusqu'au coude.

Traitement : enveloppements, salicylate de méthyle.

28 Mai : Plus de douleurs dans le genou droit, légère douleur dans le gauche. Le poignet droit est douloureux, plus de gonflement.

30 Mai : Poignet droit guéri. Les douleurs sont légères dans le genou gauche ; la fesse gauche est légèrement douloureuse.

2 Juin : Douleur légère dans le pouce gauche.

3 Juin : Genou droit encore douloureux. La douleur du pouce gauche persiste. L'éruption a disparu sur la face mais est encore apparente sur le ventre et les jambes.

6 juin : Douleur le long du tibia plus vive la nuit.

Traitement : suppression de la liqueur de Van Swieten. Une cuillerée de sirop de Gibert, deux pilules de protoiodure. Frictions à l'onguent napolitain sur la jambe.

7-15 juin : Dans ce laps de temps on note: une douleur dans le côté gauche dixième espace intercostal, assez forte pour gêner la respiration la nuit. Cède à la teinture d'iode.

21 Juin : Actuellement plus de douleurs.

OBSERVATION X

Gilbert, Benard, Fatou. Un cas de poly arthrite heredo syphilitique tardive. *Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, 14 déc. 1923 (Abregée).

Le malade, ouvrier électricien, 19 ans, rentre à l'Hôtel-Dieu, le 27 mars 1922, pour douleurs articulaires.

Depuis le mois d'août 1921, il a eu quatre atteintes rhumastimales et a été soigné deux fois par le cyanure de mercure pour keratite. Les atteintes rhumatismales ont guéri spontanément.

A l'examen on trouve deux catégories de lésions : arthralgies simples aux tibio-tarsiennes et au poignet droit, ; fluxion du coude droit avec douleur diffuse, points doulou-

reux au niveau de la tête du radius, gêne marquée des mouvements de flexion, extension, pronation, supination.

Hydarthrose notable des deux genoux, qui sont globuleux avec culs-de-sac synoviaux distendus. Le gonflement est plus marqué à droite, le choc rotulien est perçu des deux côtés. Il n'y a pas de rougeur appréciable mais une élévation de température locale très accentuée.

Les extrémités osseuses ne présentent pas de modifications perceptibles cliniquement ni radiologiquement. La synoviale semble épaisse au niveau des culs-de-sac tricipitaux où elle forme bourrelet. L'atrophie du quadriceps est encore peu marquée. Le malade souffre spontanément ; la douleur est augmentée par la pression et les mouvements. Le maximum paraît être à la face interne du plateau tibial. Les mouvements passifs mettent en évidence une limitation légère de la flexion et l'impossibilité de l'extension complète (Les deux membres au repos adoptent la position demi-fléchie). Toutes ces modifications sont plus accentuées du côté droit. Elles entraînent de l'impotence fonctionnelle, le sujet ne peut pas marcher.

Le malade a séjourné dans le service du 27 mars au 15 décembre. Il fut, durant tout ce temps, soumis à un traitement antisyphilitique justifié par les constatations qui vont suivre : Wassermann positif chez la mère, deux autres enfants mort-nés, écartement des incisives inférieures et leur petite taille, syndrome acromegalique, nez fort, menton en galoche, voûte ogivale, Wassermann positif.

L'œil gauche s'améliora lentement et guérit en juillet.

Les douleurs articulaires cédèrent au bout de quinze jours (mi-avril).

Les arthrites du poignet et du coude droit persistèrent six semaines jusqu'au milieu de mai.

Aux genoux, l'amélioration fut lente. Nous n'avons pas assisté à la guérison de la double hydarthrose très atténuée à la sortie du malade. Mais en trois mois les douleurs avaient disparu, la flexion et l'extension complète étaient possibles, l'impotence fonctionnelle était très diminuée.

Par contre de nouvelles localisations se manifestèrent au cours de cette amélioration générale coïncidant avec un relâchement du traitement.

C'est ainsi qu'au début de juillet 1922, l'articulation du coude gauche jusque là indemne est prise à son tour : elle est douloureuse, légèrement tuméfiée sans rougeur ni chaleur. Il y a de la gêne des mouvements. La douleur ne dura guère qu'une dizaine de jours, mais une ankylose légère persista. Il y a impossibilité d'extension complète.

Enfin, vers le milieu du mois de juillet des phénomènes de periostite apparaissent à la jambe droite et vers la mi-août à la jambe gauche.

L'évolution a été fébrile pendant vingt jours après son entrée 37°5-38 pour diminuer ensuite.

Il a été traité par le cyanure, le novar, le néotrépol et l'iodure.

Deux ans après le traitement il conserve une arthrite sèche crepitante des deux genoux, une limitation de l'extension du coude gauche. Tous les autres mouvements sont récupérés.

OBSERVATION XI

Pillon. Les formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses. *Thèse de Lyon* 1914.

X..., 42 ans, syphilis à 24 ans.

A 34 ans, première crise de sciatique bilatérale avec prédominance à gauche traitée par l'iodure. Par la suite, récidives, mais sans crises vraiment aiguës.

En septembre 1913, nouvelle crise de douleur sciatique l'obligeant au repos. Apparition de douleurs en ceinture et de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Le 15 novembre 1923 : Les trois dernières articulations gauches metatarso-phalangiennes deviennent très douloureuses, rouges, œdématiées. Le malade ne peut marcher, ni supporter le poids des couvertures. Pas de température. Le salicylate, l'antipyrine, le pyramidon sont sans effet.

Le 18 novembre : le malade présente des signes d'arthrite du cou-de-pied gauche. Il y de la rougeur, un peu d'œdème; on réveille une douleur vive à la pression des os. Le malade doit rester alité. Il prend 6 gr. de salicylate de soude.

Malgré cela le 10 décembre apparaissent des douleurs vives dans l'épaule droite, sans œdème ni rougeur, sans craquements dans les mouvements qui sont d'ailleurs limités par la douleur. En même temps le malade présente des signes de synovite des tendons extenseurs du pouce droit, de l'arthralgie du poignet droit et de la talalgie gauche. Enfin dans les jours suivants on assiste à une généralisation des phénomènes douloureux à la colonne vertébrale.

Le Docteur Dufour voit le malade à ce moment et il constate :

Cœur et poumons normaux.

Foie un peu gros et un peu dur : le malade avoue l'ethylisme.

Système nerveux central normal : pas de signes de tabes.

Un peu de sucre et d'albumine dans les urines.

Onyxis du pouce droit.

Les douleurs des membres inférieurs affectent la forme sciatique radiculaire avec bandes d'hyperesthésie au tact et de thermodysesthésie sur la face interne des deux membres inférieurs et signes de Lasègue et de Bonnet.

Phénomènes de radiculite tout le long de la colonne : douleurs en ceintures légères, douleurs interscapulaires propagées à la face postérieure du deltoïde et du bras droit, douleurs à la nuque. Il y a de l'hypresthésie de ces régions.

La mobilisation de la colonne est douloureuse et impossible à la nuque; le malade ne peut pas plier la tête ; on constate les signes d'arthrite signalés plus haut à l'épaule et au poignet droit.

Le malade a pris sans résultat jusqu'à ce moment 250 gr. de salicylate, plus de l'antipyrine et du pyramidon en grande quantité.

Le Docteur Dufour institue un traitement hydrargirique: 2 cgr. de biiodure tous les deux jours.

Une amélioration se fait sentir rapidement. Les douleurs sciatiques diminuent d'intensité, les phénomènes d'arthrite

disparaissent dans le mois qui suit, les uns après les autres. Peu à peu le malade qui était alité et entouré de bandes se lève et marche.

1er Janvier : Il descend cinq étages et les remonte.

1er Février : Il persiste quelques douleurs dans l'épaule droite qui ne l'empêchent pas cependant de mettre la main derrière la tête ; quelques douleurs à la nuque ; quelques douleurs de la fesse gauche, de l'articulation tibiotarsienne et des articulations metatarso phalangiennes, douleurs d'ailleurs peu vives.

30 Mars : Le malade qui a reçu au total trente piqures de biiodure de 2 cgr. et pris soixante pilules de protoiodure de 5 cgr. est complètement guéri. Toutes les arthrites ont disparu. Mais il est survenu depuis quelques jours une petite nodosité au niveau du tendon d'Achille gauche.

L'albumine et le sucre ont disparu des urines.

Le malade a repris plusieurs kilogs. Il a recommencé son travail.

OBSERVATION XII

Pillon. *Thèse de Lyon* 1914. Extrait de Dominici Policlinico xiii. Sept. 1901.

Chez un homme de 54 ans et chez une femme de 35 ans évolue une polyarthrite de date ancienne avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Les articulations atteintes présentent une tuméfaction de consistance molle et fluctuante avec phénomènes inflammatoires très limités, augmentation nocturne des douleurs, intégrité des surfaces articulaires contrôlée à la radiographie. Le liquide contient des leucocytes à prédominance polynucléaire et quelques hématies. L'ensemencement et l'inoculation de ce liquide sont négatifs. L'épreuve de la tuberculine est négative.

Dans le premier cas l'affection dès le début a revêtu un caractère chronique ; dans le deuxième le début a été assez aigu (38°5 et frisson).

Par un traitement spécifique, épanchement, douleurs, fièvre, disparaissent rapidement.

RHUMATISME CHRONIQUE

Nous avons puisé largement dans le traité de Weissenbach et Françon sur les « Causes et Traitement du rhumatisme chronique » pour comprendre cette question.

Pour eux, le rhumatisme chronique se présente sous plusieurs aspects.

Le premier, l'hydarthrose forme transition entre les autres accidents syphilitiques articulaires et le rhumatisme. La sciatique en est la deuxième manifestation. Notre définition nous fait considérer ces affections comme para-rhumatismales et les éliminer du cadre que nous nous sommes tracé. Il ne nous reste donc de leur classification que l'arthrite sèche, le rhumatisme vertébral et le rhumatisme chronique déformant généralisé.

L'arthrite sèche se traduit par la présence de craquements dans une articulation souvent atteinte antérieurement de rhumatisme subaigu. On signale sa plus grande fréquence au coude, s'accompagnant souvent d'un processus ostéophytique particulièrement exubérant à ce niveau. Elle peut présenter d'autres localisations : à la hanche, l'épaule, le genou. Dans cette dernière articulation l'isolement

d'un ostéophyte peut donner des symptômes de corps étrangers sans rien de visible à la radiographie (Flandin). Cette forme est la plus courante des rhumatismes spécifiques mais elle est souvent méconnue.

Le rhumatisme vertébral peut être localisé ou généralisé. Localisé, il attaque de préférence la colonne cervicale mais il peut atteindre également la colonne dorso-lombaire et même lombosacrée (lombarthrie). Quignard (1924) a insisté sur ces formes en signalant leurs douleurs ostéocopes, l'absence d'adénopathies et la possibilité de complications médullaires. Généralisé il aboutit à la spondylose rhizomélique ou au rhumatisme vertébral ostéophytique.

Le rhumatisme chronique déformant peut se présenter sous deux formes. La forme fibreuse ne donne à la radiographie aucune image ostéophytique malgré des déformations parfois importantes (Harvier et Decourt). Les auteurs insistent sur le doute qui plane au sujet de ces formes, mais Dufour leur donne autant de valeur qu'à celles où existe une prolifération osseuse abondante.

La forme ostéophytique est plus classique et bien connue. Les lésions prédominent aux extrémités distales des membres. Les doigts déformés en coup de vent sont déjetés vers le bord cubital. Les articulations métacarpo-phalangiennes sont en demi flexion. Les extrémités osseuses sont subluxées les unes sur les autres. Les grosses articulations se

prennent également, surtout les genoux et les lésions deviennent symétriques.

Les articulations sont le siège de craquements, frottements, sensation de subluxation. Il y a de la douleur dans les mouvements trop amples qui sont d'ailleurs limités. L'ankylose complète n'apparaît que très tard quand les cartilages diarthroïdaux sont détruits ; elle s'accompagne toujours d'amyotrophie et peut aboutir à la cachexie.

On le rencontre surtout dans le cas de syphilis héréditaire tardive avec une affinité particulière pour le sexe féminin. Les âges de prédilection sont la première enfance, la vingtième année et surtout la ménopause. On en a fait une manifestation d'insuffisance glandulaire à cause de sa fréquence dans les insuffisances thyroïdiennes et ovariennes et de son apparition aux environ de l'âge critique. Nous ne pouvons nier, l'existence de cette manifestation de la ménopause qui a été suffisamment démontrée mais elle n'exclut pas l'étiologie syphilique ; il est même possible qu'à côté de ces deux causes de rhumatismes, les progrès de la médecine en mettent d'autres encore en évidence.

Duhot dans la Gazette des Hôpitaux (1933) critique la tendance de Dufour à rapporter tous les cas de rhumatisme déformant à la syphilis. Son expérience de St-Amand et ses statistiques nous prouvent le bien fondé de son opinion à laquelle nous nous rangeons. Le rhumatisme chronique syphilitique existe mais il reste une minorité.

D'ailleurs la preuve de son existence est délicate à établir. Le terrain syphilitique là moins qu'ailleurs ne peut servir de test concluant. On cite des observations de malades améliorés, mais jamais on ne parle de guérison. Les périodes de calme sont courantes chez ces malades, elles peuvent concorder avec l'institution d'un traitement antisyphilitique. Il faudrait une observation très suivie montrant l'arrêt complet de la maladie pendant une période suffisamment longue. En pratique au contraire, après un bien passager, la maladie continue à évoluer et les déformations à s'accentuer tout comme chez des malades non traités.

A l'appui de cette thèse nous citons trois observations de notre Maître le Professeur Langeron. Le terrain syphilitique y est certain. Les malades ont subi un traitement iodé prolongé et ce médicament a jusqu'à un certain point une valeur antisyphilitique. Aucune de ces malades n'a été même améloriée. La question reste donc entière : Le rhumatisme syphilitique déformant existe, il est la conséquence logique des formes aiguës et subaiguës mais sa preuve est difficile à établir devant les résultats négatifs du traitement.

DIGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de rhumatisme syphilitique n'est pas chose aisée, malgré les nombreux caractères pathognomoniques proposés. Il n'est souvent posé que tardivement, nous l'avons dit en parlant des tests cliniques, quand les autres hypothèses se sont révélées fausses.

La distinction d'avec la maladie de Bouilland n'est guère souvent difficile. Cette maladie attaque en effet avec une constance toute particulière les petites articulations que l'on trouve assez rarement intéressées quand la syphilis est en cause. Les migrations articulaires en sont caractéristiques, variant du jour au lendemain, alors que celles du rhumatisme syphilitique sont nettement plus espacées. Le cœur, presque constamment touché dans le rhumatisme articulaire aigu, reste intact lorsque le tréponème est en cause ou ne présente que des symptômes de sclérose cardioaortiques dont la cause est aisément soupçonnée. Les sueurs sont plus intenses, se traduisent par une odeur aigrelette aisément reconnaissable. La température est plus élevée. La douleur y subit des exacerbations plus intenses et, elle n'a pas la recrudescence nocturne du rhumatisme syphilitique. Le salicylate enfin se révèle rapi-

dement efficace alors que son action est complètement nulle dans la forme syphilitique. Malgré cet ensemble de points divergents la confusion est souvent faite, soit que la maladie de Bouilland ne présente pas son acuité habituelle, soit que le rhumatisme syphilitique présente des symptômes spécialement accusés. Le traitement reste donc le seul point de diagnostic dont la valeur soit réelle.

L'arthrite blennorragique est plus rarement confondue avec le rhumatisme syphilitique. Sa remarquable fixité, ses douleurs intenses, les phénomènes locaux inflammatoires importants, suffisent souvent à éviter la confusion. Cependant lorsque le sujet est atteint de syphilis et blennorragie concomitantes récentes il est parfois délicat de se prononcer. C'est encore le traitement qui fait poser fermement le diagnostic.

Tuberculose et syphilis sont fréquentes chez le même sujet, aussi n'est il pas étonnant de voir les difficultés qui se présentent parfois pour rattacher le rhumatisme à sa véritable cause. L'existence du rhumatisme tuberculeux commence à être contestée mais sa réalité est encore classiquement réconnue. Dans ce cas aucun symptôme ne peut servir d'argument en faveur de l'une ou l'autre opinion. Les réactions sérologiques ne prouvent pas grand chose. L'évolution seule encore une fois tranche le diagnostic.

Dans le rhumatisme chronique le diagnostic est infiniment délicat. L'arthritisme est un mot qui

cache notre ignorance de l'étiologie véritable. Les insuffisances glandulaires ne sont peut être que des manifestations d'une intoxication ou d'une infection que nos connaissances actuelles ne nous ont pas encore permis d'élucider. Les Américains ont insisté récemment sur la possibilité d'une intoxication d'origine dentaire ; cette conception reste discutée ; elle n'est peut être que l'occasion de la manifestation d'une infection latente jusque là. La preuve du traitement même, dans ces cas, est de peu de valeur car souvent malgré tous les agents médicamenteux, tous les régimes, le rhumatisme continue à évoluer. Nous sommes donc bien souvent obligés de nous contenter d'un mot qui par son imprécision même prouve qu'il est des cas où toutes les théories sont impuissantes devant la réalité.

Nous pouvons donc affirmer que dans les rhumatismes aigus et subaigus le diagnostic n'est souvent fait que par le traitement. Quand aux formes chroniques le traitement nous permet parfois de rattacher quelques cas à la syphilis mais il en est certainement où il se montre inefficace et pour ceux-là nous ne pouvons faire le diagnostic certain.

OBSERVATION XIII

Flandin (Ch.). Manifestation osteo-articulaires tardives de la syphilis. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris.* 14 déc. 1923.

M^lle P..., 30 ans, dont la mère atteinte d'osteo-arthrite syphilitique des genoux a été guérie par le traitement mercuriel présente toutes les apparences de la santé. Elle ne pré-

sente aucun stigmate classique de l'heredo-syphilis et son Wasserman est négatif. Mais elle souffre depuis cinq ans de douleurs progressives dans la colonne cervicale, douleurs spontanées augmentées par les mouvements. Les mouvements de torsion de la tête surtout sont limités et déterminent des craquements perçus par la malade et sentis à la main. Des examens électriques répétés des muscles et des nerfs ont permis d'éliminer toute atteinte de ces organes. La radiographie ne montre aucune malformation.

C'est en raison de l'efficacité du mercure sur sa mère et sur la demande de M^lle^ P... que nous avons essayé sur elle du novargyre.

Le résultat fut surprenant : dès la dixième injection les douleurs avaient disparu et les mouvements repris leur facilité normale. Les craquements ont complètement disparu.

OBSERVATION XIV

Flandin (Ch.). Manifestations osteoarticulaires tardives de la syphilis. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris.* 14 déc. 1923.

Madame B.., 63 ans, présente depuis une trentaine d'années une doule arthropathie des genoux, qui sont gros, gonflés, déformés, douloureux et présentent un léger choc rotulien. L'impotence fonctionnelle est légère ; la fatigue augmente les douleurs et le degré d'hydrathrose; quelques jours de repos font tout rentrer dans l'ordre. Les lésions articulaires ont toujours été considérées comme une sequelle de phlébite, suite d'accouchement. D'autre part M^me^ B... se plaint de douleurs qualifiées de rhumatismales ou nevralgiques. Dans la région cervicale et dans l'épaule gauche avec exacerbations surtout provoquées par le froid, pendant lesquelles elle ne peut ni tourner la tête, ni porter la main gauche à ses cheveux.

C'est à propos d'une de ces crises douloureuses que nous sommes appelés à l'examiner.

Chez cette malade la radiographie montre, au niveau des genoux, un écartement assez marqué des surfaces articulai-

res, sans productions osteophytiques, et un épaississement marqué de la capsule.

A la colonne vertébrale, on voit une lordose accusée et une scoliose légère intéressant les dernières vertèbres cervicales et les premières dorsales. Les corps vertébraux sont affaissés, indistincts ; les espaces intervertébraux ont disparu.

Par ailleurs les dernières phalanges de tous les doigts présentent les déformations typiques du rhumatisme chronique et on note aux pieds un double hallux valgus très prononcé.

Chez cette malade il paraissait légitime d'invoquer l'arthritisme et les troubles de la nutrition en se basant sur les habitudes sédentaires et le régime alimentaire surchargé. Cette conclusion pouvait encore s'appuyer sur l'existence de signes cardio-rénaux : oligurie, hypertension, claquement aortique et sur l'augmentation assez marquée dans le sang de l'urée (0,55) et de l'acide urique (0,10).

Mais sans rejeter cette pathogénie nous avons pensé qu'il fallait remonter plus haut. Aussi bien trouvons-nous chez M^me^ B... des signes suffisants pour admettre la syphilis : 1°) L'existence d'une aortite caractérisée cliniquement par un allongement de l'aorte ascendante dépassant la fourchette sternale, par un claquement et un souffle, par une hypertension marquée (23/10) et radiologiquement par une image élargie, flexueuse et infiltrée de taches calcaires, ainsi que par une periaortite marquée ; 2°) L'antécédent d'une iritis grave, survenue au début du mariage et qualifiée alors de « Rhumatismale » ; 3° La notion d'un mari mort P. G.

Bien que le Wassermann fut négatif, nous instituâmes le traitement, d'abord par l'oxycyanure puis par le Bismuth. Les résultats ont été rapides et très marqués non seulement au point de vue de l'état général et des lésions aortiques, mais encore au point de vue articulaire. Les douleurs vertébrales et scapulaires ont disparu, les mouvements du membre supérieur ont repris une amplitude presque normale, l'hydarthrose des genoux est disparue. Cette malade est suivie depuis deux ans. A noter qu'il est difficile de rester plus de quatre mois sans faire de traitement, car les douleurs reprennent.

Il convient aussi d'opposer l'action du traitement qualifiée de miraculeuse par le malade sur les articulations, au peu de modification observé sur les lésions déformantes des phalanges.

OBSERVATION XV

LANGERON, 1927. — F1 90. *Journal de Méd. et de Chirur. pratiques.* 10 Août 1929.

Joséphine D..., 65 ans, entre le 17 août 1927, à la Charité, à Lille, pour douleurs dans les deux hanches.

Elle a une fille bien portante et n'accuse pas de maladie antérieure grave. Ménopause à 52 ans .

Depuis dix ans, un an après la ménopause, les troubles actuels sont apparus progressivement à l'occasion de la marche, sans douleur spontanée.

Actuellement, douleurs des deux côtés mais surtout à gauche, à l'occasion des mouvements. La hanche gauche est immobilisée en demi flexion et tout mouvement est impossible. A la hanche droite l'abduction est impossible mais la flexion est possible. Il existe une ensellure lombaire. Il existe une atrophie marquée de la cuisse gauche.

Hypertension modérée à 18/10.

Le mari a avoué la syphilis.

A la radio : lésions bilatérales, prédominantes à gauche, sans altération de la forme générale des articles.

Vernes syphilitique + 26 ; tuberculeux + 86.

On fait à la malade huit injections de cyanure de mercure (0,01) et elle est soulagée au point de réclamer une nouvelle série.

Le 27 octobre 1927, on assiste à des phénomènes intestinaux (diarrhée sanguinolente). Le toucher rectal ne donne rien.

Le 12 novembre : apparaissent des phénomènes centraux: crises épileptiques, un état comateux et un syndrome de Weber qui amènent la mort.

A l'autopsie on trouve une tumeur ayant perforé les os du crâne qui est une gomme typique histologiquement,

OBSERVATION XVI

HARVIER et DECOURT. — *Société Médicale des Hôp. de Paris*, 30 novembre 1923.

Madame L.., 61 ans ,est hérédo syphilitique (Wassermann négatif), ainsi qu'on en juge par l'aspect de ses tibias en fourreau de sabre. L'œil droit a été enuclé vers 10 ans pour affection durant depuis le premier âge. Mariée, elle n'a jamais été enceinte.

Elle présente des lésions de rhumatisme chronique déformant limitées aux mains, déformation légère en coup de vent, saillie anormale de la ligne métacarpo-phalangienne. Les doigts sont extension sauf la dernière phalange qui est fléchie. Les articulations phalangiennes sont noueuses et ne peuvent être fléchies. La flexion des doigts sur la main se fait facilement sans craquements et sans douleur. L'extension est un peu limitée. Le dos de la main est légèrement excavé.

Légère limitation de l'élévation du bras droit.

Tension : 19-10.

Aucune lésion osseuse à la radio. Il s'agit donc d'un rhumatisme fibreux.

Les douleurs ont débuté il y a deux ans dans la main droite, plus vives la nuit, siégeant sur le dos de la main. Elles survenaient par crises de six à huit jours, avec des intervalles de deux à trois jours. Jamais de douleurs de la main gauche.

Elle affirme que ses douleurs se sont atténuées sous l'influence des injections de Quinby.

OBSERVATION XVII

LANGERON (1928 F² 121). (Inédite).

Louise S..., 54 ans, vient à l'hôpital pour douleurs des poignets et des genoux.

Son mari est mort à 26 ans d'anevrysme (?). Menopause

à 44 ans. Elle a trois enfants morts: l'une de la poitrine, l'autre de suite de couches et un fils accidentellement.

Le début des accidents actuels remonte à quelques années avant la ménopause avec exagération à ce moment. Depuis évolution chronique avec poussées épisodiques subaiguës. Les douleurs sont spontanées, exagérées par le mouvement et n'entraînent pas d'impotence fonctionnelle complète. Aux poignets on note un gonflement diffus avec point cubital douloureux. Les genoux sont également tuméfiés avec limitation des mouvements à 45°.

A signaler un Babinski à gauche, un léger tremblement de la main droite et des épisodes d'essoufflement à l'effort sans crises angineuses ni œdemateuses.

Le reste de l'examen est négatif.

Tension 16/10.

L'état des veines rendant impossible le traitement intraveineux, on donne de l'acetylarsan et des suppositoires de protochlorure de mercure.

La malade sort sur ces entrefaites mais on a su qu'elle avait été améliorée par le traitement.

OBSERVATION XVIII

LANGERON (inédite) 274.

Madame X..., 41 ans, souffre de rhumatisme ayant débuté il y a quatre ans après une grippe.

La syphlis du mari est certaine.

Elle même a fait une fausse couche.

La maladie a débuté par une poussée aiguë avec température. Depuis, des poussées subaiguës se sont succédées. Elles s'accompagnaient de gonflement inflammatoire douloureux et d'une gêne progressive de toutes les articulations. Elle a subi un traitement spécifique prolongé justifié par un Wassermann positif. En outre elle a subi des traitements divers : salicylate, iode, etc. ; des cures à Aix, Nancy...

Actuellement toutes les articulations sont atteintes : poignets, doigts, hanche, coudes, épaules, genoux. Elles sont le

siège d'un empâtement inflammatoire et douloureux. La limitation des mouvements est marquée et il en résulte une impotence fonctionnelle assez accusée.

A la radio on ne trouve qu'une légère augmentation de volume des épiphyses avec un léger degré de décalcification.

Au cœur on note un léger souffle intermittent probablement extracardiaque. La tension est 12/8.

Pas de signes thyroïdiens.

Pas de rétention d'ac. urique.

Entre temps la malade a fait un ictère infectieux bénin

Suivie depuis deux ans, cette malade voit ses lésions augmenter chaque jour. Le traitement spécifique est complètement inefficace.

OBSERVATION XIX

LANGERON. 129.

Mademoiselle X..., 23 ans, est d'une famille où existent des stigmates d'hérédo syphilis certaine .

Une sœur mariée a fait de nombreuses pertes.

Une autre sœur présente des signes certains d'hérédo-syphylis.

Il s'agit d'une syphilis à la troisième génération.

Le rhumatisme a débuté à 11 ans.

Elle fut réglée à 15 ans.

Depuis, de nombreuses poussées se répètent, intéressant toutes les articulations.

Elle a fait des cures à Aix, Saint-Amand Dax. Tous les traitements possibles ont été essayés entre autres : Lipiodol, Sulfoidol.

En juillet 1929, on constate un état subfébrile, les règles sont irrégulières. Les dents sont très mauvaises. Toutes les articulations sont atteintes. Les coudes sont en demi flexion; les doigts, les poignets, les genoux, les hanches, la colonne, sont le siège d'un gonflement inflammatoire douloureux. Les douleurs spontanées sont constantes ne cédant qu'à une ab-

sorption continue d'aspirine. La marche est difficile. Le passage de la station assise à la position debout demande l'appui des mains et des poignets.

Malgré un traitement iodé intensif le rhumatisme progresse sans espoir d'amélioration.

OBSERVATION XX

Langeron 704 (inédite).

Madame X..., 49 ans. Menopause à 47 ans. Le mari a contracté la syphilis en 1902 quatre ans avant son mariage et s'est marié avec l'autorisation du médecin. Toutes ses dents ont été enlevées avant l'apparition des phénomènes. Le malade a une fille et elle a fait deux pertes.

Le début des accidents remonte à cinq ans, par de la gêne de la marche, du gonflement articulaire douloureux. Elle a été soignée à Dax. On lui a prescrit de l'iode (lipiodol) et de l'opothérapie glandulaire et une foule de médicaments.

Octobre 1929 : Actuellement la marche est pénible. Il n'existe pas de température et depuis deux ans l'état est stationnaire avec une tendance à l'aggravation.

Toutes les articulations sont touchées : la colonne, les épaules, les coudes, les poignets, les hanches les genoux. Elles sont douloureuses spontanément et à la mobilisation, les douleurs sont exagérées par le froid et l'humidité. Tous les mouvements articulaires sont limités.

Le foie est gros ; la malade a eu des coliques hépatiques.

Le cœur, les poumons, le système nerveux sont normaux; la tension est de 13/9.

La radio montre une décalcification généralisée, des ostéophytes intraarticulaires et un rétrécissement des interlignes.

Ici encore l'iode n'a donné aucune amélioration.

CONCLUSIONS

1° L'existence du Rhumatisme syphilitique aigu ou subaigu est universellement admise ;

2° Son existence est souvent méconnue ;

3° Il faut penser à la syphilis devant tout rhumatisme qui ne fait pas sa preuve et qui se montre rebelle à tous les traitements des formes classiques ;

4° L'efficacité du traitement est le seul argument décisif en sa faveur ;

5° Le rhumatisme syphilitique chronique existe mais les preuves ne sont pas convaincantes ;

6° Il reste malgré tout une minorité des cas ;

7° L'action du traitement est pratiquement nulle contre lui.

Vu : *Le Doyen,*
Ch. DUBOIS.

Vu : Bon à imprimer,
Le Président du Jury :
MINET.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
CHATELET.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Syphilis articulaire. *Journal des Praticiens*, 28 Nov. 1928.

ANGHELOVICI et DUMITRESCU. — Un cas de pseudorheumatism sifilitic in perioada secundara. *Spitalul*, Avril 1928, P. 135.

AUCLERT. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. *Th. Paris*, 1908.

BARRÉ. — Troubles médullaires et arthrite vertébrale chronique. *Soc. Méd. du Bas-Rhin*, 20 Mars 1923.

BERING. — Uber Gelenkerkraukungen bei eiwerbener syphilis. *Deut. Med. Woch.*, 1912.

BEZAUCON (F.). — *Revue générale clinique et de thérapeutique*, 8 Oct. 1927.

BONNET (L. M.). — Pseudo rhumatisme syphilitique précoce simulant un rhumatisme blennorragique. *Lyon Médical*, 1921, P. 599.

BLUM (P.). — Arthralgie au cours de la syphilis. *Bull. Méd.*, 1923, N° 31.

BOUILLY. — Comparaison des arthropathies rhumatismales scrofuleuses et syphilitiques. *Thèse d'agrégation Paris*, 1878.

BRELET. — Rôle de la syphilis dans le rhumatisme. *Gaz. Méd. de France*, N° du centenaire 100 : 19-20, Nov. 1927.

BROCA (Aug.). — Aspects cliniques de la syphilis articulaire, origine traumatique possible. *Presse médicale*, 2 Nov. 1924.

— Arthropathies syphilotraumatiques du genou. *Soc. de Méd. légale*, Oct. 1924.

Brouardel, Giroud-Loru. — Rhumatisme chronique d'origine syphilitique. *Société Médicale des Hôp. de Paris*, N° 97, 1 Déc. 1922.

Burtos. — *Semena Med.*, 8 Nov. 1923.

Brebner (I. W.). — Deux cas d'arthrite syphilitique des genoux. *J. M. A. South. Africa*, 25 Févr. 1928.

Bernard (R.). — Arthrite syphilitique. *Bruxelles Méd.*, 7 Juillet 1929.

Carnot et Blamoutier. — Rhumatisme chronique déformant chez un syphilitique, amélioration très nette par le traitement arsenical. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 8 Juin 1923.

Castex et Denis. — Syphilis articulaire tardive. Manifestations articulaires. *Prensa med. argentina*, 18 Juin 1918.

Chesnay, Jarol E. Kemp and William H. Resnik. — Syphilitic arthritis with eosinophilia recovery of pallicum from the synovial fluids. *John Hopkins hosp. bull.*, Août 1924.

Chatenoud. — Syphilis maligne avec rhumatisme plastique généralisé. *Soc. de Méd. et de Climatologie de Nice*. Séance du 7 Déc. 1928.

Chrétien. — *Revue de Méd.*, 1893.

Clement. — De l'importance des signes articulaires de la syphilis articulaire tardive ; leur adjonction à la triade d'Hutchinson. *Th. de Lyon*, 1922.

Clutton. — Symetrical synovitis of the Knee in Hereditary syphilis. — *The Lancet*, 27 Fév. 1886.

Dauzat. — Etude sur l'arthrite syphilitique. *Th. de Paris*, 1875.

Defontaine. — Arthropathies de la syphilis héréditaire. *Th. de Paris*, 1883.

Danjou. — Contribution à l'étude des arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire. *Th. de Paris*, 1887.

Dohen. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques chez l'enfant.

Dominici. — Contribution à l'étude des arthropathies syphiliques. *Policlinico*, XIII, Sept. 1906.

DUFOUR. — Le rhumatisme polyarticulaire chronique déformant syphilitique. *Monde Médical*, 1 Déc. 1924.

— Etiologie syphilitique du Rhumatisme polyarticulaire chronique déformant. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 12 Mars 1915.

DUFOUR et DUCHON. — Deux nouveaux cas de rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique. *Presse Médicale*, 1923, N° 87.

— Rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique très amélioré par le traitement bismuthé. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 25 Mai 1923.

DUFOUR, DUCHON et DURAND. — Rhumatisme chronique déformant polyarticulaire syphilitique amélioré par le Bismuth. *Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 13 Mai 1923.

DUFOUR et RAVINA. — Etiologie syphilitique du Rhumatisme polyarticulaire chronique déformant. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1921.

DUHOT. — Sur l'étiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 30 Nov. 1923.

FATOU. — Manifestations articulaires de l'hérédo syphilis. *Bull. Méd.*, 28 juin 1924.

FINK. — Rhumatisme chronique déformant par insuffisance thyroparathyroidienne d'origine syphilitique. *Bull. Méd. Paris*, 1921.

FLANDIN. — Manifestations osteoarticulaires tardives de la syphilis. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. 14 Déc. 1923.

FOUQUET. — Traité de la syphilis articulaire. *Th. de Paris*, 1905.

FOURNIER (Ed.). — Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible d'hérédo-syphilis. *Soc. Dermato et syph.*, 1901.

— *In traité de Médecine et Thérapeutique*. Sergent Babonneix et Ribadeau Dumas.

— *Heredo syphilis de l'adulte*. Masson.

FRENCH (H.). — Concerning rheumatoid arthritis. *Guy's Hosp. Gaz. London*, 1926.

GILBERT-DREYFUS et BOURGEOIS. — Revue générale des formes cliniques de la syphilis articulaire. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 18 Avril, 1925.

GAILLARD. — Le Pseudo Rhumatisme syphilitique. *Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 1906.

GANGOLPHE. — Localisations articulaires de la syphilis tertiaire. *Congrès Chirurgie*, 1885.

GALEZOWKI. — *Soc. Dermato et Syph.*, 1901.

GASTOU. — La Syphilis osteo articulaire. *Paris Méd.*, 3 mars 1913, N° 9.

GASTOU et CHANTASSIN. — Polyarthrite progressive déformante ankylosante généralisée probablement d'origine syphilitique héréditaire. *Soc. Dermato. et Syph.*, 4 Déc. 1913.

GEISMAR (M^me^ S.). — Le rhumatisme chronique déformant syphilitique. *Th. Paris*, 1922.

GERIN-ROSE. — *Union Médicale*, 1869.

GIANINI (G.). — Relations entre l'arthrite chronique syphilitique et l'insuffisance ovarienne dans l'hérédo syphilis. *Medicd pratico*, Sept. 1927.

GILLET (P.). — Essai de classification du rhumatisme chronique. *Bull. Méd. Paris*, 1925.

GAUCHER. — Arthropathies et syphilis héréditaire. *Journal Méd. Interne Paris*, 1906.

GONARIANTZ. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. *Th. Lyon*, 1914.

GRIFFON et DEHERAIN. — Pseudo rhumatisme syphilitique. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 19 Janvier 1906.

HAGUENEAU et BERNARD. — Rhumatisme chronique déformant et syphilis. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 19 janvier 1923.

HARVIER et DECOURT. — Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes heredo syphilitiques. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 30 Nov. 1923.

HARVIER et BARIETY. — *Paris Méd.*, 23 Fév. 1925.

HUZAR. — *Wiener Klin Woch*, 1914.

IMBERT. — Des arthropathies syphilitiques. *Gaz. des Hôp.*, 18 Fév. 1899.

KRAMER. — Un cas de polyarthrite chronique symetrique syphilitique. *Latvijas Arstu Z*, Juill.-Août 1927.

LANCEREAUX. — *Mémoire à la Société de Chirurgie*, Sept. 1863.

LANGERON et D'HOUR. — Vernes Positif dans certains cas de syphilis et de rhumatisme non tuberculeux. *Soc. de Biologie*, Avril 1928.

LANGERON et GALLIÈGUE. — Rhumatisme syphilitique subaigu chez un tabetique sans réaction méningée ni serologique *Soc .Méd. Hôp. Lyon*, 21 mai 1929.

— Rhumatisme subaigu à poussées successives amélioré par le traitement antisyphilitique. *Journ. des Sc. Médicales Lille*, N° 47, 20 Nov. 1927, p. 371.

LANGERON. — Remarques sur quelques observations du rhumatisme syphilitique. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*. 10 août 1929.

LACAPÈRE et LAURENT. — Syphilis articulaire chez les indigènes au Maroc. *Paris Méd.*, 20 sept. 1919.

LESNÉ et LANGLE. — Syphilis articulaire in Roger Vidal Teissier.

LEVIN. — Synovite de l'articulation du genou comme manifestation tardive de la syphilis acquise. *Arch. gén. de Méd.* 1909.

LIBASONO Y BRIAN. — Un signo pathognomonico para les reumatismos sifiliticos. *Seman. medica.* 10 Avril 1921.

LICHTENSTEIN. — Arthrite syphilitique. *Ztsch. f. wissench. Baderk.* Mai, 1917.

LIEBERMANN (Von A.) — Etiologie et pathogenie du rhumatisme. *Med. Klin.*, 4 mars 1927.

LŒPER, BERGERON et VAHRAN. — Syphilis et rhumatisme. Sa médication. *Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 7 juillet 1916.

LOUSTE. — Les arthropathies syphilitiques. *Journal de Med. et Chirurgie pratique*, 10 Juillet 1914.

MARTIN (J.). — Rhumatisme chronique progressif déformant. Rapports avec la syphilis. *Thèse de Paris* 1927.

MAUCLAIRE. — In Le Dentu et Delbet.

MÉNARD et MOZER. — Recherche clinique de la syphilis dans les affections synoviales et osteoarticulaires. *Journ. de Méd. Paris*, Juillet 1923.

MOZER. — Tableau clinique de la réaction de Wassermann dans les syphilis osteoarticulaires. *Th. Paris*, 1907.

MÉTAYER. — Les manifestation articulaires de la syphilis héréditaire tardive. *Th. Paris*, 1904.

MÉRICAMP. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. *Th. Paris*, 1882.

MERLIER. — Les arthropathies heredo syphilitiques et la triade d'Hutchinson. *Th. Paris*, 1918.

MERKLIN et JOURDANET. — Réunion Médicale de la 4e année, 1916.

METIN. — Un cas de pseudo rhumatisme syphilitique. *Annales Méd. Colon.*, 1910, p. 519.

MILIAN. — In traité Le Dentu et Delbet.

— A propos d'un rhumatisme chronique déformant. *Soc. Hôp. Paris*, 26 Janvier 1929.

MONNIER. — Les hydarthroses et les rhumatismes chroniques déformants d'origine hérédo syphilitique. *Gaz. Méd. Hôp. Nantes*. 1 Nov., 1925.

MORESTIN. — Syphilis articulaire. *Arch. Gén. de Méd.*, 1901.

MOULONGUET. — *Presse Médicale*, 13 avril 1929.

MOURIQUAND. — Rhumatisme chronique déformant, in traité Sergent.

MOURIQUAND et MICHEL. — Idées et conceptions actuelles sur le rhumatisme chronique. Les formes étiologiques et thérapeutiques. *Journal de Méd.*, nov. 1922.

MORSALINE. — Rheumatismo sifilitico y artritis sifiliticas. *Semana med.*, 1910, XVII, P. 81.

NICOLAS, GATE, PILLON. — *Soc. Méd. Hôp. Lyon*, Oct. 1922.

Oro. — Syphilis e reumatismo articolare deformante. *Riforma med.*, 1925, P. 557.

Paillard. — Syphilis et rhumatisme. *Journal Méd. français.* Avril 1922.

Pillon. — Les formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses. *Th. Lyon*, 1914.

Pietranera. — Las cuatro grandes factores del reumatismo cronico y la perusiotherapia. *Semana Med. Buenos-Ayres*, 1925, p. 388.

Plautier. — Rhumatisme chronique et syphilis. *Bulletin de la Société Méd. Chirurg. de la Drôme et Ardèche*, Mars 1905.

Pœhlmann. — *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1924.

Quignard. — Contribution à l'étude de la spondylite syphilitique. *Th. Paris*, 1924.

Ranguedat. — Arthropathies et syphilis héréditaire. *Th. Paris*, 1883.

Roberts (P. W.). — Syphilitic joint disease simuling tuberlosis. *Journal of the amer. med. assoc.*, 9 Fév. 1918, P. 372.

— L'heredo syphilis facteur d'affections articulaires. *Amer. Journal of surg.*, Mai 1923, vol. xxxvii, N° 5.

Rougier. — Etude des épanchements articulaires dans l'heredo syphilis tardive. *Th. Paris*, 1924.

Ray (M. B.). — Rheumatism pathogenesis. *Practictionner*, Oct. 1927.

Riccardi. — Arthrite déformante heredo syphilitique. *Pediatria*, 15 avril 1928.

Rubin. — Ueber polyarthrites in zwieten inkubation stad der syphilis. *Arch. f. derm. und. syph.*, 1913.

Sancet. — Arthropathies de la syphilis héréditaire. *Th. Bordeaux*, 1904.

Saint Pierre. — Heredo syphilis et manifestations articulaires. *Th. Lyon*, 1900.

SCHULLER. — *Gaz. Hebd.*, 1882.

STEINBERG. — Du pseudo rhumatisme syphilitique. *Th. Paris*, 1898.

STEIN. — *Med. record*, Sep. 1915.

SCHLESINGER. — Pseudo rhumatisme articulaire fébrile syphilitique. *Klin. Worch.*, 1923. *Wiener Klinische Wochenschuft.* 3 mai 1928.

— Importance of. diagnostic of clinique late syphilitic joint affections. *J. Chemotherapy*, Juillet 1928.

SANTORSOLA. — Arthrites syphilitiques et tuberculeuses. *Journ. de Méd. Milan*, Mai 1928.

SOLERE. — Deux cas de synovite secondaire syphilitique. *Journ. de Méd. Milan.* Oct. 1928.

SMITH (A. de G.) et FERBER (S. J.). — Arthrite déformante. *Arch. Pediatrie.* 1926. P .60.

STRAUSS (H.). — *Verofeutldeutsch Gesellsch f. rheumabekampf.* 1929.

— Nature of rheumatism affection. *Ztschr f. d. ges. phys. therap.* 2 Déc. 1927.

SECCO (C.). .. *Arthritis deformans Bismuth Therapy* (Bisiacol). *Policlinico sez. prat.*, 21 nov. 1927.

TAYLOR. — *Amer. Journ. of. dermat. and syph.*, 1871.

TIXIER. — *In neuf agrégés Pathol. chirurgicale.* Masson.

TRIDON et MIGINIAC. — Deux nouvelles observations d'arthrite heredosyphilitique de l'épaule. *Revue orthopédique* 1922.

TOURNEUX. — Le rhumatisme syphilitique. *Toulouse médical*, 1910, P. 339.

— Rhumatisme syphilitique. *Province médicale*, 1910, P. 533.

TOUSSAINT. — Des arthrophytes et de leur rapport avec les diathèses rhumatismales scrofuleuse et syphilitique. *Th. Paris* 1901.

VAFFIER. — Du rhumatisme syphilitique. *Th. Paris*, 1875.

VAGNON. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique. *Th. Lyon*, 1924.

VOIGNIER. — Contribution à l'étude des osteo arthropathies de la syphilis héréditaire. *Th. Nancy*, 1920.

VERNEUIL. — *Gaz. Hebd.* 1873.

VOISIN. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique. *Th. Lyon*, 1875.

WEILL et BOURGEOIS. — Contribution à l'étude de la syphilis articulaire de l'adulte. *Presse médicale* 1925.

WYSOCKI. — Uber Gelenkerkraukungen bei Lues acquisita. *Arch. f. dermato. und. syph.*, 1911.

WEISSENBACH et FRANÇON. — Causes et traitement des rhumatismes chroniques. Gaston Doin.

WINCKER. — Le traitement antisyphilitique dans le rhumatisme déformant. *Aerzchihe Rundschen Munchen.*